



TRABAJO DE FIN DE GRADO

El fenómeno de la Puerta Giratoria en
Psiquiatría

The Revolving Door Phenomenon in Psychiatry

Autor/es

Ana Sanz Arenal

Director/es

Ricardo Campos Ródenas

ÍNDICE

	<u>Página</u>
Resumen	3
Abstract	4
1. Introducción	5
1.1 Conceptualización	8
1.2 Justificación del estudio	8
2. Objetivos	
2.1 Objetivo principal	9
2.2 Objetivos secundarios	9
3. Hipótesis	9
4. Metodología	
4.1 Tipo de estudio	10
4.2 Material y métodos	10
5. Resultados	13
6. Discusión	27
7. Conclusiones	32
Bibliografía	33
ANEXO	36

RESUMEN

Introducción: El concepto de Puerta Giratoria en Psiquiatría hace referencia a los múltiples ingresos en breves intervalos de tiempo en las Unidades de Hospitalización de Adultos (UHA).

Objetivo: Estudio del fenómeno en el Hospital Clínico Universitario (HCU) Lozano Blesa, su repercusión, y las características de los pacientes que lo conforman, y comparar las características de los pacientes con los de otras áreas sanitarias.

Metodología: Se revisaron los informes de alta de los dos últimos años de la UAH del HCU y se obtuvieron 49 pacientes que cumplían los criterios de Puerta Giratoria, que se consideraron presentar tres o más ingresos en un año natural. Se estudiaron 19 variables de los pacientes, tanto de sus perfiles epidemiológicos como características clínicas y condicionantes. Posteriormente fueron analizadas y comparadas con las obtenidas en otros estudios.

Resultados y discusión: Los 49 pacientes estudiados acumularon un total de 190 ingresos, lo cual representa un 22% de los ingresos que se produjeron en la unidad. Epidemiológicamente se observa que el fenómeno es más frecuente en varones, con una media de 41,63 años, solteros y no activos laboralmente. La mayoría de los ingresos son voluntarios y la estancia media es de 16,92 días. Los factores relacionados con mayor impacto tanto en nuestra área sanitaria como en la analizada en otros estudios son el consumo concomitante de tóxicos y el abandono terapéutico. Será preciso analizarlo en el futuro, en estudios con grupo control, para poder medir la fuerza de asociación, y plantear medidas para poder identificar los casos y abordarlos de una manera específica.

Conclusiones: El fenómeno de la puerta giratoria provoca un excesivo consumo de recursos por parte de un pequeño porcentaje de pacientes que es preciso controlar, tanto por el gasto que implica como por la influencia desfavorable que tiene sobre el pronóstico del paciente. Las características de estos pacientes en nuestra área sanitaria son similares a los obtenidos en estudios anteriores, si bien la patología más frecuente entre nuestros pacientes es el trastorno bipolar, frente a la mayoría que encuentran que es la esquizofrenia.

Palabras clave: puerta giratoria, reingresos, psiquiatría, salud mental.

ABSTRACT

Introduction: In the field of psychiatry, the term revolving door describes a pattern of frequent short-term hospital readmissions to the adult psychiatric inpatient unit.

Objectives: To analyze the phenomenon at HCU Lozano Blesa, its impact and the characteristics of revolving door patients, and to compare the profiles of revolving door patients to those in different health areas.

Methodology: The Medical Discharged Summaries of patients admitted to HCU's adult inpatient unit during the last two years were reviewed, and 49 patients were found to meet the criteria for revolving door, which was delineated as patients with at least three hospital admissions in a calendar year. 19 patient variables were studied, including their epidemiological profiles and their clinic and conditioning characteristics. Subsequently, they were analyzed and compared to those obtained in previous studies.

Results and Discussion: The 49 patients who were studied accumulated a total of 190 hospital admissions, which accounts for 22% of the admissions to the unit. It is observed epidemiologically that the phenomenon is more common in single, unemployed males with an average age of 41, 63. Most of the hospital admissions are voluntary and the average stay is 16, 92 days. Both our health area and previous studies show how the characteristics linked to a greater impact are the concomitant use of toxic substances and treatment abandonment. It must be analyzed in the future through further studies with a control group in order to measure the strength of association between variables to be able to propose measures to further the identification of the cases and specifically address them.

Conclusions: The revolving door phenomenon leads to an excessive consumption of resources by a small percentage of patients, which needs to be monitored. Monitorization is crucial not only because of the expenses derived from this overconsumption, but also because multiple admissions are detrimental to the patient's prognosis. The characteristics of the patients of our health area are consistent with those described in previous studies. However, the most frequent disease among our patients has been found to be bipolar disorder instead of schizophrenia, which has generally been highlighted in literature.

Key words: revolving door, readmission, psychiatry, mental health.

1. INTRODUCCION

1.1 Conceptualización:

El concepto de “La Puerta Giratoria” hace referencia a los pacientes con múltiples reingresos en las Unidades de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría (UHA). Para definirlo correctamente, es necesario explicar previamente el concepto de Unidad de hospital de adultos, antes llamadas de corta estancia, así como describir qué se considera reingresos frecuentes.

El término de Puerta Giratoria (Revolving door) comenzó a utilizarse en los años 60, cuando se instauró el proceso de desinstitutionalización psiquiátrica. El objetivo del mismo era reinsertar en la sociedad a los pacientes, psiquiátricos o con otras comorbilidades que les impedían vivir en sociedad, que se hallaban institucionalizados en condiciones precarias, creando una red de recursos extrahospitalarios que supliera sus necesidades pero mejorara sus condiciones y calidad de vida. Sin embargo, la consecuencia negativa y esperable de dicho proceso fue que surgieron grupos de pacientes con tendencia a reingresos repetidos y frecuentes, coincidiendo en su mayoría con aquellos pacientes que presentaban patologías más graves y crónicas¹.

En España, fue en 1983 cuando se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica². El marco legislativo de la reforma psiquiátrica en España se apoyó en la Ley General de Sanidad³, origen del actual Sistema Nacional de Salud y que, en su artículo 20 establecía el carácter comunitario de los servicios de salud mental, con derecho de los pacientes al acceso a los mismos, de carácter público, universal y gratuito, debiendo potenciar las estructuras intermedias y extrahospitalarias, y con mención expresa a la hospitalización psiquiátrica en unidad de los hospitales generales, desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social, con importante consenso entre los profesionales comprometidos con la equidad y la evitación de la

estigmatización de los enfermos, así como la implicación ciudadana a través de asociaciones de familiares y usuarios.

Esta Reforma llevó a que los Centros de Salud y las Unidades de Salud mental se convirtieran en las responsables de la labor asistencial del paciente, y fuera desde ellas desde donde se decidiera, previa evaluación facultativa, el régimen más adecuado para cada paciente.

Entre los recursos adscritos a dicha centralización, se encuentran, como puerta de entrada a los servicios de Salud mental, el Centro de Salud que corresponde a cada paciente según domicilio y los servicios de urgencias.

Por otro lado, como recursos para poder derivar al paciente si se considera preciso existen hospitales de día, unidades de hospitalización de adultos, unidades de rehabilitación, centros de rehabilitación psicosocial, unidades de terapia ocupacional, talleres protegidos, grupos de autoayuda y atención a domicilio.

Entre estos dispositivos de atención sanitaria, la que analizamos en los que a reinresos se refiere en este trabajo son las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Adultos, antes llamada Unidad de Hospitalización de Adultos. Éstas se definen como unidades de hospitalización para tratamientos intensivos en régimen de atención continuada con personal especializado y con un tiempo de estancia breve que se integran física y funcionalmente en los hospitales generales.. Estas Unidades atienden a todos los pacientes remitidos desde las Unidades de Salud Mental o atendidas en las Urgencias hospitalarias. Este dispositivo está especialmente coordinado con los centros de salud mental, a donde se derivan los pacientes dados de alta.

La duración de la hospitalización obedece a criterios clínicos, aunque no es aconsejable que sea superior a los 14 -21 días.

El concepto de Puerta Giratoria (Revolving door phenomenon) o Reingresos frecuentes, no tiene unos criterios bien definidos. Algunos de los que se han utilizado en estudios previos son los siguientes^{4,5}:

- 2 o más hospitalizaciones en el pasado año
- 3 o más ingresos en los últimos 18 meses
- 4 o más hospitalizaciones en 2 años
- 3 o más ingresos en 30 meses
- 4 o más ingresos en 5 años
- 3 o más ingresos en un año
- 5 o más ingresos en 36 meses
- 2 o más ingresos en 12 meses y 120 días o más hospitalizados

Como criterios de exclusión en dicho concepto, también ha sido utilizado por algunos autores⁵:

- Tener una comorbilidad medica grave e inestable que pueda precipitar ingresos hospitalario
- Estar en tratamiento psiquiátrico por otra comorbilidad del eje I O II diferente al de la esquizofrenia, si este es el diagnóstico principal.

La mayoría de los autores se benefician de la arbitrariedad del concepto para poder adaptarlo al tiempo de seguimiento de sus estudios, de modo que existe una relación directa entre los criterios utilizados y los años de seguimiento que contempla cada estudio.

En este caso, este trabajo aplica el criterio de haber presentado 3 o más ingresos en un año natural. El motivo por el que se elige este criterio, es porque se considera que es razonable que se produzcan hasta dos ingresos anuales motivados por descompensaciones en el contexto de algunas enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, cuando aparecen 3 o más ingresos, creemos que sería preciso el estudio de los factores que están contribuyendo a ello. Además, al existir un estudio realizado hace 4 años en la misma área sanitaria, el aplicar criterios similares a los que se utilizaron entonces, facilita la comparabilidad de los resultados.

1.2 Justificación del estudio:

Los pacientes con reingresos frecuentes son responsables del consumo de una gran proporción de recursos. Además, se ha comprobado en otros estudios que los reingresos frecuentes empeoran el pronóstico de los pacientes.

Estos pacientes tienen unos rasgos clínico-epidemiológicos comunes, algunos modificables y otros no. Merece la pena conocer ambos, los no modificables para poder reconocerlos y tomar medidas encaminadas a la mayor vigilancia de sus casos, y los modificables, porque fomentando las características que se identifican como protectoras, y tratando de incidir sobre las que aumentan el riesgo de reingresos, se podría reducir drásticamente el número de reingresos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal:

- Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que reingresan repetidamente en las unidades de hospitalización de adultos en psiquiatría en nuestra área sanitaria.

2.2 Objetivos secundarios:

- Comparar como han variado las características clínico-epidemiológicas en la UHA del HCU Lozano Blesa con respecto al último estudio realizado en dicha Unidad (año 2011).
- Comparar las características de los pacientes de nuestra área sanitaria con otros estudios
- Abrir una nueva línea de investigación encaminada a tratar de reducir el número de reingresos de los pacientes en función de las características que los predisponen y que pueden ser modificadas.

3. HIPÓTESIS

Existe un grupo de pacientes que presentan múltiples y repetidos reingresos en la Unidad del Hospital de Adultos de Psiquiatría, y consumen una gran cantidad de recursos.

Estos pacientes tienen características comunes, algunas sobre las cuales se puede actuar y a que son potencialmente modificables

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio:

Se ha realizado un estudio descriptivo, de carácter retrospectivo, en el cual se han revisado todos los ingresos que se han producido en la Unidad de Hospitalización de Adultos del HCU Lozano Blesa en los años 2014 y 2015, y se han analizado las características de los pacientes enmarcados en el concepto de puerta giratoria en función de su perfil clínico epidemiológico.

4.2 Material y métodos:

Para contextualizar el trabajo, acotar los criterios de termino “Puerta Giratoria”, y decidir que variables de los pacientes se deben a analizar, se ha realizado en primer lugar una revisión bibliográfica en la bibliografía existente sobre el concepto.

Para ello, se hizo una búsqueda bibliográfica sistematizada en dos bases de datos (PubMed y ScienceDirect) introduciendo en ambas las mismas palabras clave: “revolving door psychiatry”, y con el mismo filtro temporal de los últimos 10 años. En PubMed, de un total de 23 artículos, solo 5 de ellos estaban disponibles a texto completo para estudiantes y se correspondían verdaderamente con el tema de la revisión, siendo el resto de artículos no relevantes para el trabajo, por lo que fueron descartados. En ScienceDirect había un total de 190 artículos, por lo que la búsqueda fue acotada con el filtro de que el tema principal fuera la puerta giratoria. Así, se obtuvieron como resultado 10 artículos.

De estos 15 artículos, tras analizar la bibliografía de cada uno de los mismos, se extrajo información a cerca del concepto de puerta giratoria, así como los rasgos epidemiológicos y factores que influyen sobre ella que se han identificado hasta el momento actual, con el fin de continuar el análisis de los mismos en mi trabajo. Se citan todos ellos en la bibliografía en orden de aparición en el trabajo, y a partir de la decimocuarta cita bibliográfica,

inclusive, son artículos encontrados en la búsqueda únicamente, no utilizados en ninguna parte concreta del trabajo.

Para obtener la muestra de los pacientes incluidos en el estudio, se revisaron los informes de alta de los pacientes ingresados en la UHA en los años 2014 y 2015, y se cuantificó el número de ingresos previos en un año natural que tenía cada paciente. Los criterios para formar parte del estudio fueron los siguientes:

❖ Criterios de inclusión:

- Haber presentado tres o más ingresos en un año natural en la Unidad de Hospitalización de Adultos del HCU o en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del mismo hospital.

❖ Criterios de exclusión:

- Presentar más de tres ingresos, pero en Unidades de Hospitalización de Adultos de otros centros.
- Presentar más de tres ingresos pero en dispositivos diferentes a la UHA (Centro de día, Centros de media estancia...).

Una vez seleccionada la muestra, se revisaron los informes de alta (y en algún caso intranet cuando la información de éstos no era suficiente), para extraer información sobre las variables objeto de estudio, que fueron las siguientes:

- Sexo
- Edad
- Nacionalidad
- Soporte social
- Vivir solo
- Estado civil
- Situación laboral

- Problemática social
- Tipo de ingreso
- Motivo de ingreso
- Estancia media
- Numero de ingresos en los últimos dos años
- Número de ingresos previos acumulados
- Diagnóstico
- Consumo de tóxicos en la actualidad
- Vía de administración del tratamiento
- Abandono del tratamiento
- Derivación al alta
- Estar pendiente de rehabilitación

En algunas variables, como el diagnóstico principal o la derivación al alta, dada la gran variabilidad de opciones posibles, se han reagrupado en categorías más amplias, para que la descripción de los resultados y la discusión pueda realizarse con mayor facilidad.

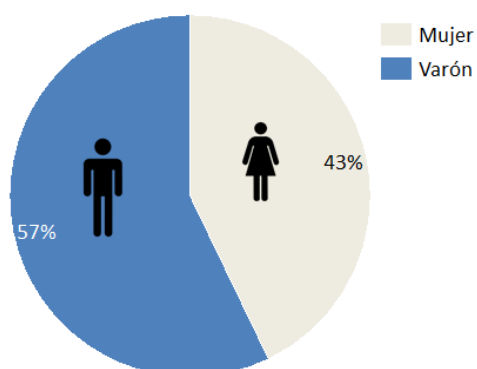
En el Anexo 1 se adjunta la matriz de datos de los pacientes, que han sido extraídos de intranet y de los informes de alta. El número de historia clínica ha sido eliminado para preservar la confidencialidad de los pacientes, dejando únicamente como identificador del paciente el número de ingreso que ocupan con respecto cada mes, por si se precisara extraer alguna otra información de los mismos en estudios futuros.

5. RESULTADOS

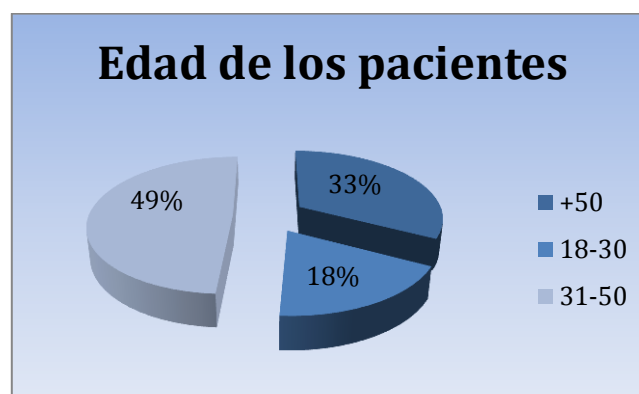
Se identificaron 49 pacientes que reingresaron 3 o más veces en alguno de los años estudiados, y que por tanto, según los criterios definidos para nuestro trabajo, se pueden enmarcar en el concepto de puerta giratoria.

El total de ingresos de nuestros pacientes en estos dos años es de 190, que con respecto a los 856 que se han producido en total a lo largo de estos dos años representan un 22%.

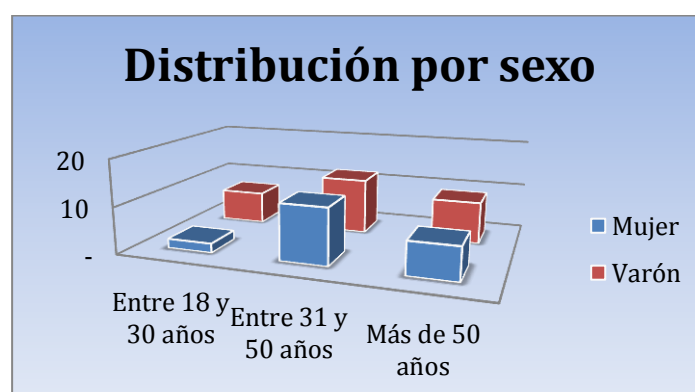
En cuanto a la distribución por sexos, las mujeres representan un 43% de los pacientes reingresadores, frente a un 57% los hombres.



En relación a la edad, por la gran variabilidad de datos se ha agrupado a los pacientes en tres rangos de edad: de 18 a 30 años, entre 30 y 50, y más de 50 años. El mayor porcentaje de los pacientes reingresadores se encuentran en el grupo de edad de entre 31 y 50 años, representando un 49% del total, con una media de edad de 41,63 años. El menor número de reingresadores se encuentra en el rango de edad de menores de treinta años, con un 18%, siendo el 33% restante de pacientes mayores de cincuenta años.



En el análisis de sexo por grupo de edad ya que así como en el grupo de edad central, de 31 a 40 años, no se aprecian diferencias significativas en función de sexos, al disminuir la edad de los pacientes se ve una clara mayoría de pacientes de sexo masculino, y al aumentar la edad, de sexo femenino.

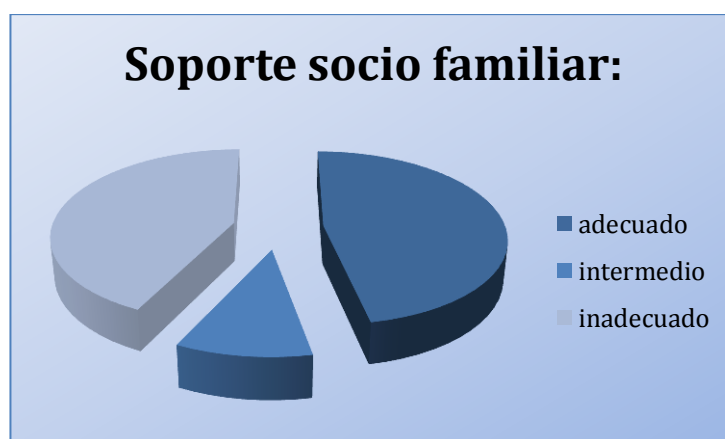


Con respecto a la nacionalidad, se ha identificado que un 92% de los pacientes reingresadores en la muestra eran de nacionalidad española, siendo el 8% restante inmigrantes de Nigeria, Rumanía, Hungría e India.

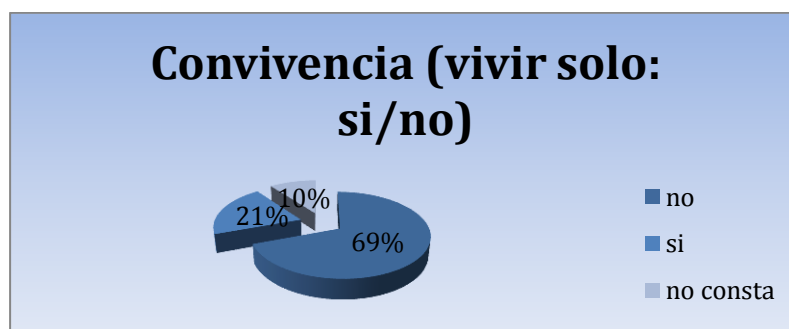
Nacionalidad:

	Pacientes	Pacientes (%)
Española	45	92%
Húngara	1	2%
India	1	2%
Nigeriana	1	2%
Rumana	1	2%
Total población de análisis	49	100%

En cuanto al soporte socio familiar, se realizó en base a la psicobiografía e historia actual de los informes de alta una valoración, clasificando el soporte en adecuado, intermedio e inadecuado. Se consideró que el 47% de los pacientes disponían de redes de apoyo familiares y/o sociales adecuadas, y en el 43% de ellos éstas se calificaron como inadecuadas. , El grupo con soporte socio familiar regular es el que menor porcentaje de pacientes aún con un 10%.



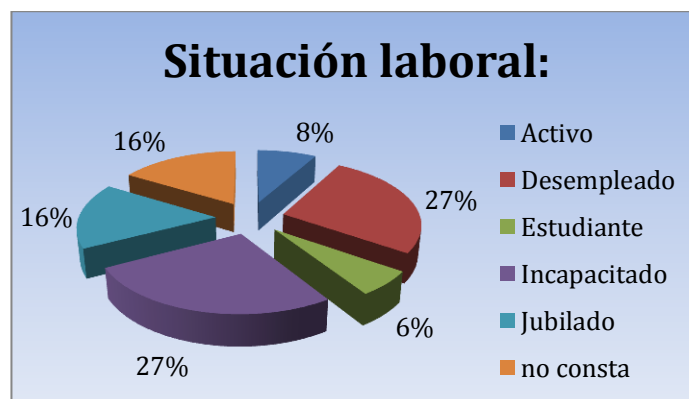
Ligado a este soporte, pero valorando otros factores, se recogió información sobre si los pacientes vivían o no solos, obteniéndose una negativa como respuesta en el 69% de los casos, afirmativa 20%, y en un 10% de ellos no se logró recoger la información por no figurar en los informes.



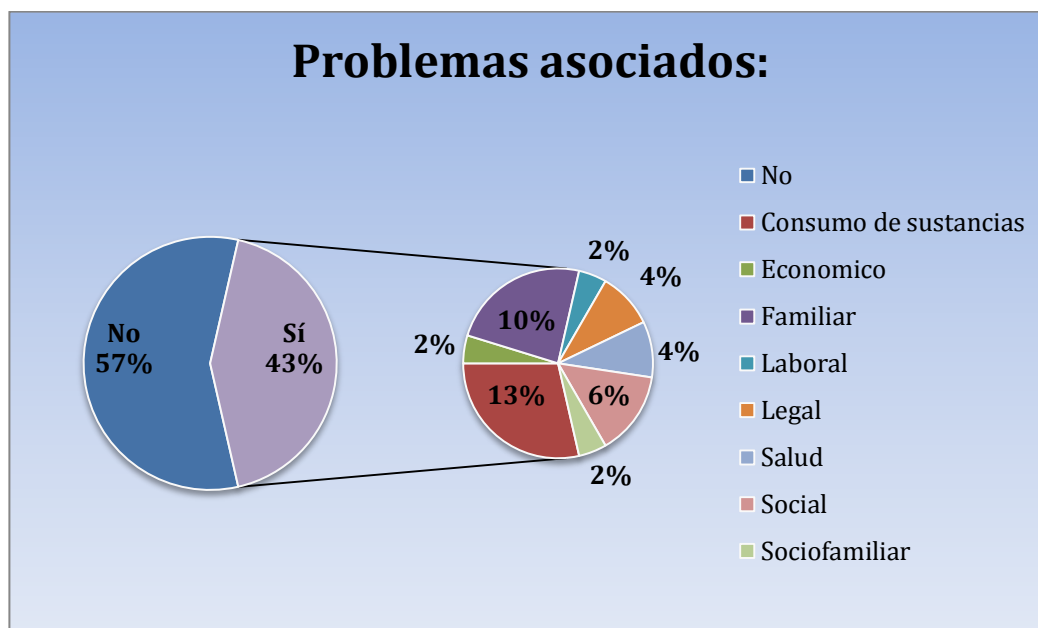
También se valoró el estado civil de los pacientes, concluyéndose que un 61% de ellos se encuentran solteros, un 16% casados, un 12% divorciados, un 4% viudos, y en un 6% no constaba en los informes disponibles.



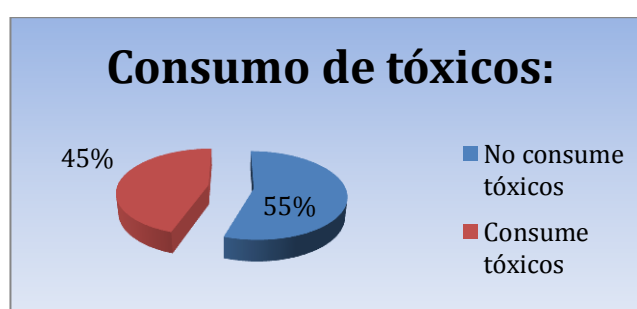
En cuando a la situación laboral se encontró un predominio de desempleados e incapacitados, con un 27% de los pacientes en cada grupo, seguido de jubilados, con un 16%, activos, un 8% y estudiantes un 6%. La situación laboral del 16% restante no constaba.



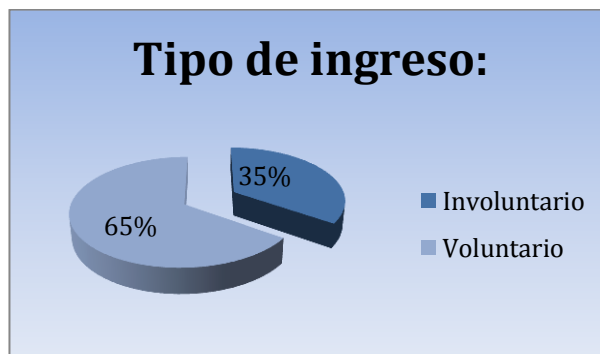
El último factor psicosocial analizado fue la existencia de otros problemas asociados que tuvieran los pacientes además de su enfermedad psiquiátrica. Se observó que tan solo un 57% no presentaba otros condicionantes añadidos, frente al 43% restante que presentaban problemas, mayoritariamente por consumo de tóxicos y familiares, aunque también de salud, sociales, económicos, legales y laborales.



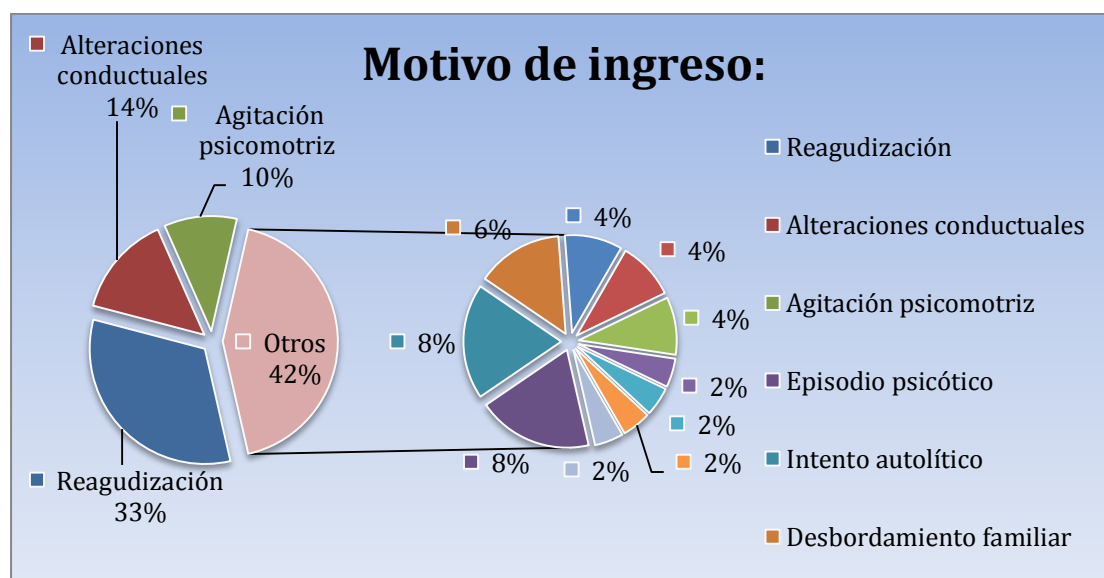
El consumo de tóxicos en este contexto hace referencia a su repercusión en la vida del paciente, pero también ha sido un factor analizado aisladamente, por su elevado impacto sobre el abandono terapéutico que se constata tanto en este estudio como en otros anteriores, y por ello se analizará más adelante de nuevo unido a este tema. Cabe destacar que se objetivó consumo de tóxicos, bien por analíticas o porque constara en la anamnesis al paciente, en un 45% de los casos, apareciendo como negativo en el 55% restante.



Con relación a los tipos de ingreso, un 65% de los ingresos que se realizaron fueron de carácter voluntario, frente a un 35% de ingresos involuntarios.

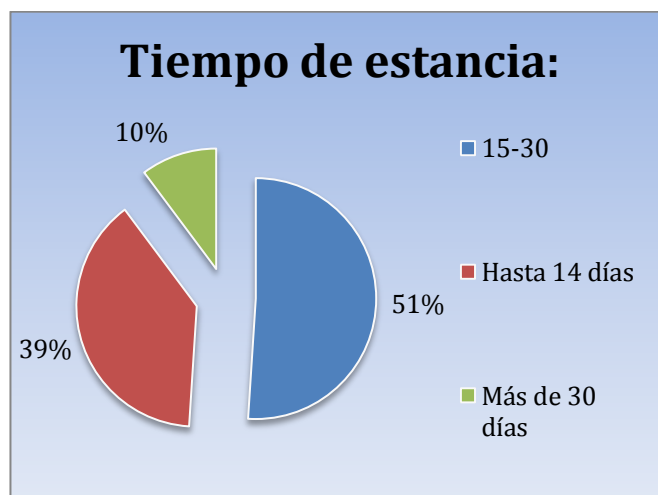


Los motivos de ingreso fueron muy diversos, pero con un claro predominio de reagudización, entendiendo por ello una exacerbación de la enfermedad correspondiente al diagnóstico principal del paciente. Otros motivos de ingreso relativamente frecuentes fueron las alteraciones conductuales, representando un 14%, la agitación psicomotriz, 10% de los pacientes, o intentos e ideaciones autolíticas con un 8% y un 6% respectivamente. Otros motivos menos frecuentes fueron la administración de TEC, el desbordamiento familiar, ingreso para desintoxicación en contexto de intoxicación aguda, episodios psicóticos no filiados, imposibilidad de seguimiento o trastornos mentales secundarios.



El tiempo de estancia medio de los pacientes ha sido de 16,92 días con una desviación típica de 9,52 y una mediana de 15 días.

Al agrupar a los pacientes por intervalos, obtenemos que la mitad de los pacientes, 51%, tiene una estancia de entre 15 y 30 días, siendo solo un 10% los que permanecen en la Unidad más de 30 días, y un 39% aquellos que no alcanzan los 14 días.

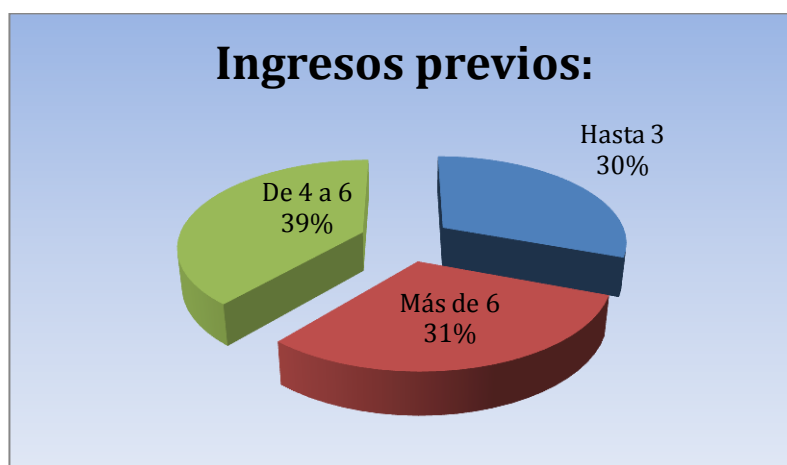


En relación a los ingresos, se ha recogido tanto el número de ingresos en estos dos años de estudio, como el número de ingresos acumulados en la unidad desde hace unos 16 años, ya que es la información a la que se podía acceder mediante intranet, para podernos hacer una idea de la trayectoria de los pacientes.

En los dos últimos años, 31 de nuestros 49 pacientes en estudio, es decir, un 63% de los pacientes han presentado tres ingresos. Un 18% han presentado cuatro, y el 18% restante han presentado más de cuatro ingresos, llegando hasta 10 ingresos en dos de los casos.



En cuanto a los ingresos previos acumulados, por tener números muy dispersos, se les ha agrupado en rangos en hasta 3 ingresos en total, de 4 a 6, y más de 6 ingresos, aunando el grupo de de 4 a 6 ingresos el que más pacientes con un 39%. El resto de los pacientes se distribuyen a partes iguales entre hasta 3 ingresos, y en más de seis, pero cabe destacar la heterogenicidad del grupo de más de seis ingresos, en el que se hayan pacientes que acumulan desde siete ingresos hasta 23, con una media de 11,53 ingresos.



En cuanto a la patología de los pacientes, se han agrupado los diagnósticos por entidades según la siguiente tabla para poder analizarlos conjuntamente.

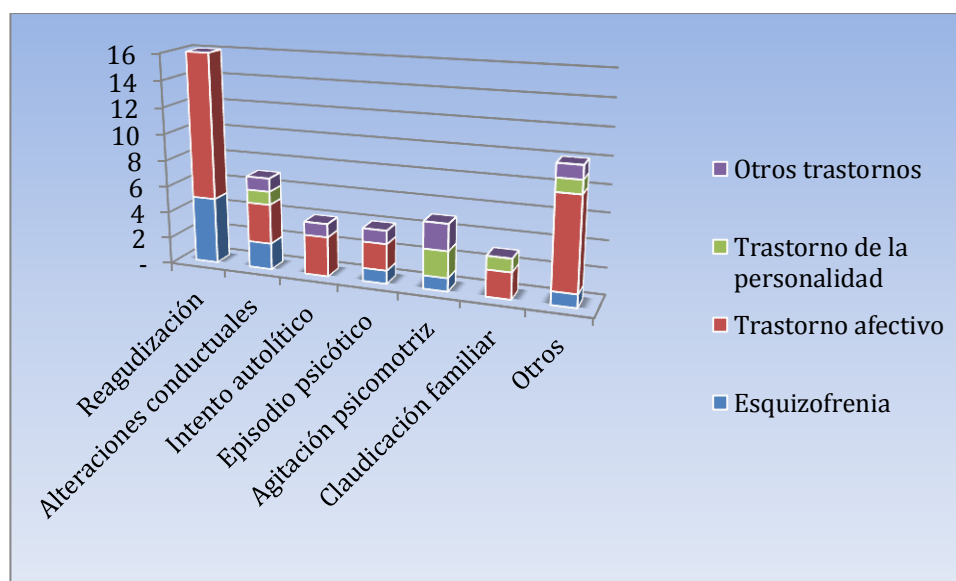
<u>Diagnósticos</u>	<u>Diagnósticos</u>	<u>Diagnósticos</u>	<u>Diagnósticos</u>
	Pacientes	% Pacientes	% subgrupo
Esquizofrenia	10	20%	100%
Esquizofrenia hebefrénica	1	2%	10%
Esquizofrenia indiferenciada	1	2%	10%
Esquizofrenia paranoide	6	12%	60%
Esquizofrenia psiconeurótica	1	2%	10%
Esquizofrenia simple	1	2%	10%
Otros trastornos psicóticos	4	8%	100%
Psicosis paranoide	1	2%	25%
comportamiento debido al consumo de cannabinoides	1	2%	25%
Trastorno psicótico	2	4%	50%
Trastorno adaptativo	1	2%	100%
Trastorno adaptativo	1	2%	100%
Trastorno afectivo	28	57%	100%
Demencia/trastorno depresivo recurrente	1	2%	4%
Depresión mayor	6	12%	21%
Depresión mayor con síntomas psicóticos	1	2%	4%
Distimia	4	8%	14%
Trastorno ansioso depresivo	1	2%	4%
Trastorno bipolar	9	18%	32%
Trastorno esquizoafectivo	6	12%	21%
Trastorno de la personalidad	5	10%	100%
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad	1	2%	20%
Trastorno mixto de la personalidad	1	2%	20%
Trastorno personalidad	3	6%	60%
Trastorno disociativo-convectivo	1	2%	100%
Trastorno disociativo-convectivo	1	2%	100%
Total población de análisis	49	100%	100%

El diagnóstico agrupado más prevalente, son los trastornos afectivos, constituyendo el diagnóstico principal de un 57% de los pacientes con múltiples reingresos. De ellos, el diagnóstico más frecuente es el trastorno bipolar, representando un 18% de los diagnósticos totales de los pacientes, y un 31,58% de los pacientes con trastornos afectivos.

Con respecto a los diagnósticos agrupados las dos siguientes entidades que aúnan mayor proporción de pacientes son el grupo de pacientes con esquizofrenia y pacientes con trastornos de la personalidad, con un 20% y un 10% de los pacientes respectivamente. Otros diagnósticos menos prevalentes se clasifican en los diagnósticos de otros trastornos psicóticos, trastornos adaptativos y trastorno disociativo-conversivo.

En cuanto a entidades específicas como diagnóstico principal de los reingresadores, siguiendo al trastorno bipolar se encontraban la depresión mayor, la esquizofrenia paranoide y el trastorno esquizo-afectivo, con un 12% de los pacientes con cada diagnóstico.

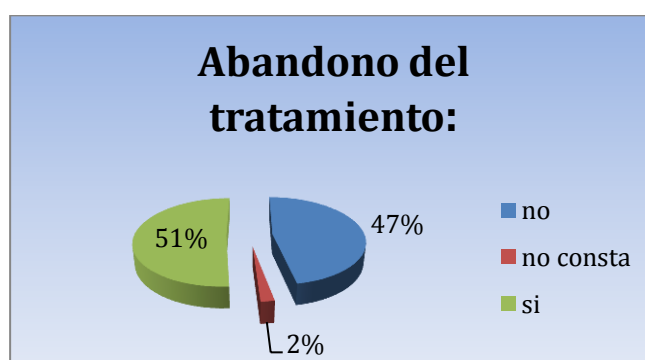
En relación con esto y puesto que para el trabajo son especialmente importantes los ingresos frecuentes, me parece interesante analizar el motivo de ingreso según la patología de base, ya que esto puede influir en la frecuencia de necesidad de internamiento. Se presenta en la siguiente tabla.



En relación a esto cabe destacar que en los trastornos más prevalentes, como son los trastornos afectivos y la esquizofrenia, el motivo de ingreso más frecuente es la reagudización. Cabe esperar que se pudiera controlar con una mejor adherencia terapéutica como comentaremos más adelante, sin embargo en otros trastornos, también prevalentes, como es el trastorno de

personalidad. Se observa en esta gráfica que los motivos de ingreso son muy heterogéneos, incluyendo claudicación familiar, alteraciones conductuales, agitación psicomotriz o intentos autolíticos.

En lo referente al abandono terapéutico, es destacable la baja adherencia al tratamiento de la población de pacientes reingresadores, objetivándose abandono mediante anamnesis o analíticas en un 51% de los pacientes.

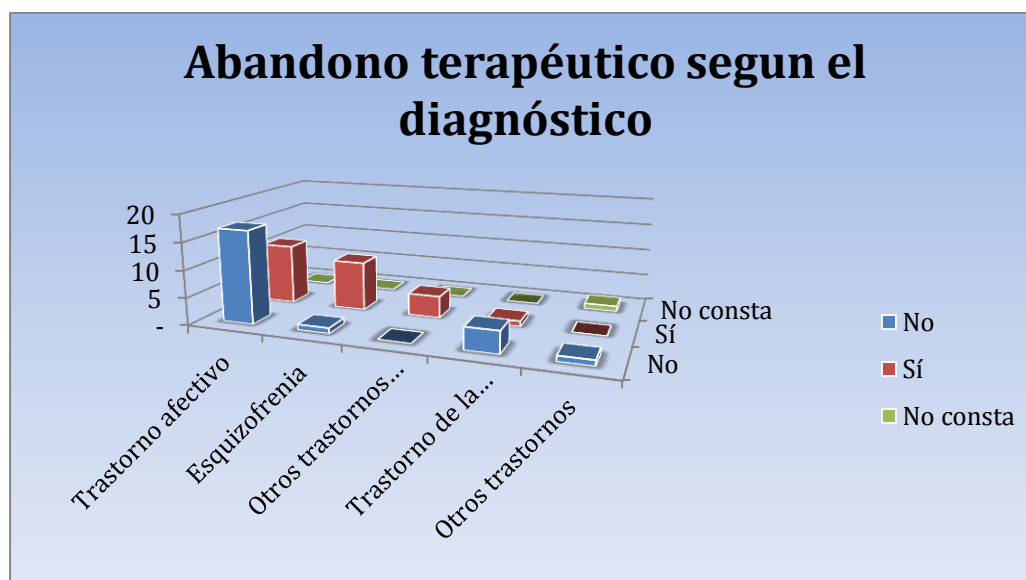


Otros factores condicionantes pueden considerarse la vía de administración del fármaco, que es oral en el 55% de los pacientes, aunque esta correlación, como se ve en la tabla a continuación no es tan alta como cabría esperar.

Abandono del tratamiento en función del tipo de tratamiento

	No	Sí	No consta	Total general
Intramuscular	-	1	-	1
Mixto (depósito y oral)	3	13	-	16
Mixto (tec y oral)	4	1	-	5
Oral	16	10	1	27
Total población de análisis	23	25	1	49

Esto se debe a que la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento mixto (de liberación prolongada y oral), presentan con mayor frecuencia diagnósticos de esquizofrenia paranoide y trastorno esquizoafectivo, en los cuales es más frecuente, en general, el abandono terapéutico.



Otro factor que se cuenta estrechamente ligado al abandono terapéutico, es, como ya hemos comentado antes, el consumo concomitante de tóxicos.

Existe una importante correlación entre el abandono del tratamiento y la concomitancia con el consumo de sustancias, existiendo consumo únicamente en el 37% de los pacientes con buena adherencia, frente a un 68% entre los pacientes que si que lo abandonan

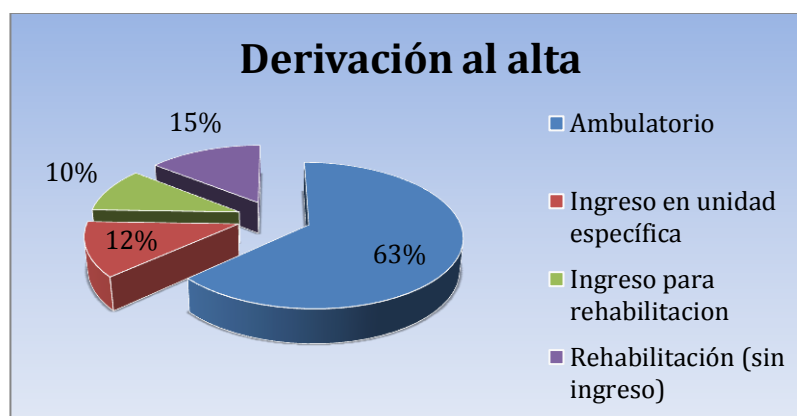
Abandono del tratamiento en función del consumo de tóxicos

	No consume	Consume	Total general
No	16	7	23
Sí	10	15	25
No consta	1	-	1
Total población de análisis	27	22	49

% abandonos s/ total	37%	68%	51%
-----------------------------	------------	------------	------------

En cuanto a las derivaciones de estos pacientes al ser dados de alta, la mayor parte de ellos, 65%, son atendidos en régimen ambulatorio únicamente en consultas externas o en su Unidad de Salud Mental, estando pendientes de rehabilitación, ya sea ambulatoria o con ingreso, o de ingreso en unidades específicas, el 35% restantes.

Según el tipo de rehabilitación del que están pendientes, lo más frecuente, con el 14% de los pacientes, es que estén pendientes de entrar al Hospital de Día, en régimen ambulatorio, seguido, con un 10%, de los pacientes pendientes de ingreso en Unidades de Media estancia. El resto se distribuyen heterogéneamente entre las diferentes opciones como Proyecto Hombre, Hospital Neuropsiquiátrico, UTCA, UTP y Comunidades Terapéuticas.



Destinos de alta de los pacientes

		Pacientes	% Pacientes	% subgrupo
Ambulatorio		31	63%	100%
	CCEE	10	20%	32%
	Psiquiatra Privado	2	4%	6%
	USM	19	39%	61%
Ingreso en unidad específica		6	12%	100%
	CCEE y Proyecto Hombre	1	2%	17%
	Hospital Neuropsiquiátrico del Carmen	1	2%	17%
	Proyecto Hombre	2	4%	33%
	UTCA	1	2%	17%
	UTP	1	2%	17%
Ingreso para rehabilitación		5	10%	100%
	Psiquiatra privado y UME	2	4%	40%
	UME	2	4%	40%
	USM y UME	1	2%	20%
Rehabilitación (sin ingreso)		7	14%	100%
	CCEE y HD	2	4%	29%
	Hospital de día	4	8%	57%
	USM Y HD	1	2%	14%
Total población de análisis		49	100%	100%

6. DISCUSIÓN

A la vista de los resultados, podemos afirmar que entre los pacientes que ingresaron en la Unidad de Adultos del HCU entre el 1-1-14 y el 31-12-15 existe un grupo de 49 pacientes que representan el 22% de los ingresos. Estas cifras concuerdan con la evidencia del fenómeno de la Puerta Giratoria de otros estudios, donde se estimaba que los reingresadores representaban el 23,95% de ingresos⁶. Por otro lado existe otro estudio en nuestro centro⁶, que fue realizado entre los años 2009 y 2011 y con los que me ha parecido interesante comparar los resultados, y en este caso, el porcentaje también es bastante semejante, siendo entonces la cifra de un 21,08%, no obstante este estudio será comparado con el nuestro en su conjunto tras analizar cada variable por separado.

En cuanto al sexo y a la edad de los pacientes, nuestro estudio revela, al igual que los anteriores, que existe un mayor porcentaje de varones que de mujeres entre los pacientes con múltiples reingresos^{5,6,7} así como una media de edad de los pacientes de 41 años^{7,8}.

En lo relativo al soporte sociofamiliar, nuestro estudio encuentra que la mayoría de los pacientes cuentan con buenas redes de apoyo, sin embargo esto difiere con lo que se había encontrado hasta el momento en uno de los artículos publicados⁸, que consideraba un factor de riesgo muy importante la falta de apoyo sociofamiliar. Otras características relativas a ello como son el estado civil y el estado laboral si que muestran coincidencias entre nuestros resultados y los obtenidos en otros estudios hasta el momento, mostrando ambos que el estado civil diferente a casado, es un factor predictor de reingreso importante^{8,9,10,11} así como que la mayor parte de los pacientes no desempeñan actividad laboral, ya sea por encontrarse incapacitados o en situación de desempleo^{7,10,11}.

Por último también se ha identificado el consumo de tóxicos como un factor muy fuertemente asociado a los reingresos en otros estudios^{10,14}, estando en nuestro estudio presente en un 45% de los pacientes.

En cuanto a motivo de consulta, se han identificado dos estudios con conclusiones al respecto, una de ellas concordante con la nuestra, que sugiere que el motivo de ingreso más frecuente son las reagudizaciones⁷, frente a otro estudio, que identifica como desencadenante que precipita los ingresos más frecuentemente el abandono terapéutico. Considero, no obstante que las diferencias encontradas entre los motivos de alta más frecuentes están condicionadas por las patologías que más frecuentemente reingresan en cada estudio, si bien en el nuestro existe un predominio de pacientes con trastorno bipolar, y su motivo más frecuente de ingreso es una exacerbación. En los estudios en los que se ha encontrado como motivo de ingreso más frecuente el abandono terapéutico, es en aquellos cuyo fenómeno de puerta giratoria está constituida en su mayoría por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

La estancia media de nuestro estudio es más alta que la obtenida en otro de los estudios, 16,92 días frente a 12,23. Comparado con la estancia media de nuestro servicio, pero de pacientes no pertenecientes al fenómeno de la puerta giratoria, la estancia media es prácticamente igual entre ambos grupos de pacientes en el 2014 (15,39), y algo más elevada que en 2015 (13,09).

En otros dos estudios se ha identificado un elevado número de ingresos previos como un factor predictor de múltiples futuros reingresos^{11,12}, sin embargo en nuestro estudio, el mayor número de reingresadores tenía un número de ingresos acumulado de entre cuatro y seis en los últimos doce años, representando mayor numero de pacientes estos que los que acumulaban más de seis ingresos.

El diagnóstico más frecuente es quizá lo que más difiere entre nuestro estudio y los resultados obtenidos en otros estudios, existiendo una notable

mayoría de trastorno bipolar en particular, y de trastornos afectivos en general, seguido luego ya de esquizofrenia y de trastornos de la personalidad, frente a trastornos psicóticos, y en su mayoría esquizofrenia en primer lugar, seguido, luego ya sí de trastornos afectivos y trastornos de la personalidad^{6,7,8,9}. Como ya he comentado en los motivos de consulta, esta variación puede ser quizá la responsable de ciertas características de los pacientes que reingresan en nuestro centro.

El abandono terapéutico es otro factor con importante repercusión en la necesidad de nuevos ingresos, si bien todos los estudios con conclusiones al respecto lo consideran un factor de riesgo importante^{6,12}, alguno de ellos hasta lo considera el motivo de ingreso más frecuente⁷. En nuestro caso, al igual que en el resto, como hemos comentado en los resultados, existe una mayoría de pacientes que abandonan el tratamiento con respecto a los que no lo hacen entre el grupo de reingresadores frecuentes. Este dato es importante ya que el abandono terapéutico es una característica potencialmente modificable hacia la que se podría valorar la implementación de alguna medida, que permita un mayor control, consiguiendo así una disminución en los reingresos.

Unido a esto, en un estudio se concluye que el tratamiento de liberación retardada mejora la adherencia al tratamiento con respecto al oral¹³. En nuestro estudio lo que encontramos al respecto es que el tratamiento de liberación prolongada constituye el tratamiento de los pacientes que más predisposición tienen a abandonar el tratamiento por su patología de base y sus condicionantes, por tanto, existe mayor abandono entre este colectivo que entre los que llevan tratamiento oral, pero no se puede concluir que la falta de adherencia sea por el tipo de tratamiento, ya que probablemente lleven ese tipo de tratamiento por su falta de adherencia y, en todo caso, harían falta más estudios al respecto.

Para concluir me gustaría hacer una comparativa con un estudio concreto ya que se realizó con criterios muy similares y en el mismo centro⁶:

Con respecto al sexo y la edad media, no se encuentran diferencias significativas, sin embargo el número de ingresos de los pacientes fue más elevado entre 2009-2011. En los dos años de seguimiento, la media de ingresos por paciente era 5, mientras que en nuestro trabajo la mayoría de los pacientes solo acumulan 3 ingresos, siendo la media de 3,87. En este aspecto, podría considerarse que la Unidad ha mejorado, aunque en términos relativos, el porcentaje de ingresos que representan los pacientes reingresadores sigue suponiendo más del 20%.

Por otro lado en cuanto a los diagnósticos principales más prevalentes entre los reingresadores, no se encuentran diferencias significativas, si bien la patología más prevalente en ambos estudios es el trastorno bipolar, y, aunque en distinto orden, las siguientes patologías con mayor número de pacientes son la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno de personalidad. Del mismo modo, en lo relativo al consumo de tóxicos y el abandono terapéutico, las proporciones de pacientes guardan una correlación casi lineal con las halladas en nuestro estudio.

Lo que sí que merece una mención especial comprando un estudio con otro, sería el porcentaje de pacientes que se encuentran pendientes de ingreso en centros de Rehabilitación, siendo en el estudio anterior un 47% de pacientes, con respecto al nuestro en el que solo el 10% de los pacientes se encuentran pendientes de ingreso en estos centros, y un 14% pendientes de ser atendidos en ellos pero únicamente de forma ambulatoria. En este sentido se puede considerar que también existe una mejoría.

A la vista de los resultados obtenidos, y de la comparativa con los estudios anteriores, considero que los factores que hasta el momento parecen tener mayor interés, por tener una demostrada relación y ser potencialmente modificables son el abandono del hábito terapéutico y la concomitancia de abuso/consumo de sustancias. Por ello harían falta, en un futuro, más estudios de intervención sobre la continuidad asistencial, para poder demostrar que mejorando estos dos aspectos, disminuye el número de reingresos.

Por otro lado, los otros dos factores intrínsecos de los pacientes, pero que también tienen una importante asociación con la frecuencia de los ingresos son el no desempeñar actividad laboral y el estado civil, que si bien son factores que no se pueden modificar a priori, deberían ser valorados en nuevos estudios para que, de confirmarse su asociación, sirvan al menos como posibles rasgos que nos permitan identificar a los pacientes y prestar más atención en su valoración al alta.

Por último, para concluir, considero que sería bueno realizar un estudio analítico, por ejemplo de casos y controles, en el que se analicen de nuevo las características clínico epidemiológicas de los pacientes pertenecientes al fenómeno de la puerta giratoria, pero de modo que exista otro grupo de pacientes con características similares pero sin más de tres ingresos en el último año, para poder comparar los datos obtenidos entre ambos, ya que, si bien es cierto que todos los estudios hasta el momento coinciden en que es importante la prevalencia del consumo de sustancias y la baja adherencia al tratamiento, al realizarse el estudio de las variables solo en el grupo de reingresadores, no se pueden calcular medidas de fuerza de asociación.

7. CONCLUSIONES

- 1- Existe fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría, y es frecuente ya que representa más del 20% de los ingresos en la unidad de adultos al año.
- 2- Este fenómeno tiene un gran impacto desde el punto de vista de la gestión sanitaria ya que pequeños grupos de pacientes (49 pacientes) consumen una cantidad desproporcionada de recursos (190 ingresos en 2 años).
- 3- Existe un perfil clínico-epidemiológico común a la mayoría de pacientes con ingresos frecuentes: son varones (57%), con una medida de edad de 41,63 años, con estado civil diferente a casados (84%) y no activos laboralmente (92%). Estas características deben permitir reconocerlos para poder realizar un abordaje específico.
- 4- Existen además factores potencialmente modificables que son comunes a los pacientes con múltiples ingresos: el consumo de tóxicos (45%) y abandono del tratamiento (51%). Se deben investigar intervenciones posibles orientadas a la modificación de estos condicionantes.
- 5- El abordaje de estos pacientes debe ser una línea prioritaria en toda la red de salud mental, tanto desde el punto de vista de la gestión como por la influencia desfavorable que tienen los múltiples ingresos en el pronóstico de los pacientes.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MI, Almeida Gameiro M, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saude Publica*. 2000 Jun; 34(3):280-285.
2. ORDEN del 27 de Julio de 1983, de constitución de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. BOE 196. 17 de agosto de 1983: 22596-22596.
3. LEY, 14/1986, 25 de Abril de 1986, General de Sanidad. BOE 102. 29 de abril de 1986: 15207-15224.
4. Juven-Wetzler A, Bar-Ziv D, Cwikel-Hamzany S, Abudy A, Peri N, Zohar J. A pilot study of the “Continuation of Care” model in “revolving-door” patients. *European Psychiatry*. 2012; 27: 229–233
5. Botha UA, Koen L et al. The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010; 45:461–468
6. O. Ortega Alarden. ¿Existe todavía puerta giratoria en psiquiatría? Estudio de reingresos en una Unidad de Corta Estancia. Master en iniciación a la Investigación en Medicina.
7. Di Lorenzo R, Sagona M, Landi G, Martire L, Piemonte, C, Ferrari S. The “revolving Door Phenomenon” in an Acute Psychiatric Ward: a 5-year Retrospective Analysis. *European Psychiatry*. 2015; 30: 1366.
8. Pereira S, Miguel C, Pereira C, Firmino H. The revolving door phenomenon: an epidemiologic characterisation at a psychiatric department of a Portuguese university hospital. *European Neuropsychopharmacology*. 2011; 21: 620-621.
9. Garrido, P, Saraiva, C. Revolving door syndrome: A new meaning for an old concept?. *European Psychiatry*. 2011; 26:1114.

10. Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hubner-Liebermann B, Hajak G. The Revolving Door Phenomenon Revisited: Time to Readmission in 17'415 Patients with 37'697 Hospitalisations at a German Psychiatric Hospital. PLoS ONE. 2013; 8:12.
11. Morlino M, Calento A, Schiavone V, Santone G, Picardi A, Girolamo G. Use of psychiatric inpatient services by heavy users: Findings from a national survey in Italy. European Psychiatry. 2011; 26: 252-259.
12. Lin C, Chen M, Chou L, Lin C, Chen C, Lane H. Time to rehospitalization in patients with major depression vs. those with schizophrenia or bipolar I disorder in a public psychiatric hospital. Psychiatry Research. 2010; 180: 74-79.
13. Martinez-Ortega J, Garcia-Marin S, Martinez-Pedrosa N, Guerrero-Velazquez J, Higuera A. Factors associated with multiple admissions in a psychiatric unit during the period 1998-2006. European Psychiatry. 2008; 23: 276-277.
14. Kisely S, Campbell L. Does compulsory or supervised community treatment reduce 'revolving door' care? British Journal Of Psychiatry. 2007; 191:373-374.
15. Lichtenberg P, Levinson D, Sharshevsky Y, Feldman, Lachman M. Clinical case management of revolving door patients – a semi-randomized study. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2008; 117: 449-454.
16. Castro B, Bahadori S, Tortelli L, Ailam N. Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006, Revolving door syndrome. Annales Médico Psychologiques. 2007;165: 276–281
17. Lay B, Lauber C, Rössler W. Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. European Psychiatry. 2006; 21: 401-409.

18. Lay B, Lauber C, Rössler, W. Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *European Psychiatry*. 2006; 21: 401-409.
19. Heathcote W, Wales A, Aldigé-Hiday V. PLC or TLC: Is outpatient commitment the/an answer?. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2006; 29:451–468

ANEXO (Matrices de datos)*Características epidemiológicas de los pacientes*

Paciente	Sexo	Edad	Rango edad	Nacionalidad
E28	mujer	78	+50	española
E33	mujer	36	31-50	española
F4	mujer	70	+50	española
F12	mujer	58	+50	española
F20	varon	71	+50	española
F21	varon	27	18-30	española
M15	varon	29	18-30	española
M32	mujer	44	31-50	española
A2	mujer	35	31-50	española
A14	varon	66	+50	española
A28	varon	49	31-50	española
My22	mujer	46	31-50	española
My26	varon	24	18-30	española
My33	varon	41	31-50	española
Jn20	mujer	32	31-50	española
Jn31	mujer	53	+50	española
Jl23	varon	45	31-50	española
Jl37	varon	45	31-50	española
Ag15	varon	43	31-50	española
F13	varon	45	31-50	española
A6	mujer	69	+50	española
A17	varon	55	+50	española
A30	varon	21	18-30	española
My15	mujer	45	31-50	española
Jn18	varon	55	+50	española
Jl8	mujer	27	18-30	india
Jl9	mujer	18	18-30	española
Jl16	varon	40	31-50	española
Jl20	varon	47	31-50	española
Jl28	mujer	55	+50	española
Ag7	varon	55	+50	española
Ag19	Mujer	35	31-50	Nigeriana
Ag42	mujer	33	31-50	española
S2	varon	21	18-30	española
S25	mujer	41	31-50	Rumana
O6	varon	45	31-50	española
O24	varon	44	31-50	española
D20	varon	46	31-50	española
D26	mujer	42	31-50	Hungara
D27	varon	69	+50	española
A12	varon	72	+50	española
A13	varon	44	31-50	española
My20	varon	53	+50	española
Jn11	mujer	74	+50	española
Ag4	varon	21	18-30	española
Ag12	mujer	31	31-50	española
Ag13	varon	23	18-30	española
D13	mujer	45	31-50	española
A26	varon	64	+50	española

Soporte sociofamiliar y problemática

Paciente	Soporte social	Vive solo	Estado civil	Sit laboral	Prob social	consumo tóxicos
E28	bueno	no	viudo	jubilado	no	no
E33	bueno	no	soltero	desempleado	si, economico	no
F4	bueno	no	casado	jubilado	no	no
F12	bueno	no	divorciado	no consta	no	no
F20	regular	si	soltero	jubilado	no	no
F21	bueno	no consta	soltero	no consta	si, consumo de sustancias	si
M15	regular	no	soltero	desempleado	si, social	si
M32	regular	si	soltero	activo	no	no
A2	regular	si	soltero	incapacitado	si, laboral	si
A14	regular	si	soltero	incapacitado	no	no
A28	regular	no	soltero	no consta	no	no
My22	malo	si	soltero	desempleado	si, consumo de sustancias	si
My26	malo	no consta	soltero	desempleado	si, legal	si
My33	regular	no	soltero	incapacitado	no	si
Jn20	bueno	no	divorciado	incapacitado	no	si
Jn31	bueno	no	casado	no consta	no	no
Jl23	bueno	no	soltero	incapacitado	no	si
Jl37	bueno	no	soltero	incapacitado	no	si
Ag15	bueno	no	soltero	desempleado	no	no
F13	regular	no	soltero	activo	si, social	no
A6	regular	si	viudo	no consta	no	no
A17	regular	si	divorciado	incapacitado	no	si
A30	bueno	no	soltero	desempleado	si, consumo de sustancias	si
My15	malo	no	divorciado	desempleado	si, consumo de sustancias	si
Jn18	bueno	no	soltero	incapacitado	no	no
Jl8	regular	no	soltero	activo	no	no
Jl9	bueno	no	soltero	estudiante	no	no
Jl16	bueno	no consta	no consta	activo	no	si
Jl20	bueno	no consta	no consta	no consta	no	no
Jl28	regular	no	divorciado	desempleado	si, sociofamiliar	no
Ag7	regular	no	soltero	jubilado	no	no
Ag19	regular	no	casado	no consta	si, familiar	no
Ag42	malo	no	soltero	incapacitado	si, familiar	si
S2	regular	no	soltero	desempleado	si, salud	si
S25	regular	si	casado	desempleado	si, familiar	si
O6	malo	no	soltero	incapacitado	si, familiar	si
O24	bueno	no	soltero	incapacitado	no	no
D20	bueno	no	soltero	incapacitado	no	si
D26	regular	si	casado	desempleado	si, familiar	si
D27	bueno	No consta	no consta	jubilado	si, legal	no
A12	bueno	no	casado	jubilado	si, salud	no
A13	bueno	no	soltero	incapacitado	no	no

My20	bueno	no	soltero	desempleado	si, consumo de sustancias	si
Jn11	regular	no	casado	jubilado	no	no
Ag4	regular	no	soltero	estudiante	si, consumo de sustancias	si
Ag12	bueno	no	soltero	desempleado	no	no
Ag13	regular	no	soltero	estudiante	si, social	si
D13	bueno	no	casado	no consta	no	no
A26	regular	si	divorciado	jubilado	no	no

Número de ingresos y características

Paciente	Tipo ingreso	Motivo ingreso	Estancia media	nº ingresos en los dos años	nº ingresos previos acumulado
E28	involuntario	reagudización	20	6	6
E33	voluntario	imposibilidad de seguimiento	5	3	4
F4	voluntario	reagudización	25	10	23
F12	involuntario	reagudización	13	3	11
F20	voluntario	trastorno mental orgánico	21	3	9
F21	involuntario	episodio psicótico	11	4	4
M15	involuntario	alteraciones conductuales	19	7	19
M32	voluntario	intento autolítico	10	4	4
A2	involuntario	episodio psicótico	30	3	7
A14	voluntario	intento autolítico	35	3	3
A28	involuntario	reagudización	21	4	11
My22	voluntario	trastorno mental orgánico	16	5	5
My26	voluntario	previo a UME	20	3	3
My33	involuntario	reagudización	20	3	3
Jn20	voluntario	desintoxicación	8	3	3
Jn31	voluntario	reagudización	15	3	9
Jl23	voluntario	reagudización	10	3	6
Jl37	voluntario	alteraciones conductuales	15	3	5
Ag15	voluntario	reagudización	12	3	4
F13	voluntario	reagudización	17	3	3
A6	involuntario	alteraciones conductuales	21	3	3
A17	voluntario	inhibición	17	3	3
A30	involuntario	alteraciones conductuales	11	3	3
My15	voluntario	ideación autolítica	25	3	6
Jn18	voluntario	reagudización	34	7	7
Jl8	voluntario	agitación psicomotriz	19	6	6
Jl9	voluntario	ideación autolítica	1	5	11
Jl16	voluntario	agitación psicomotriz	22	10	20
Jl20	involuntario	reagudización	40	3	3
Jl28	voluntario	intento autolítico	9	4	5
Ag7	voluntario	reagudización	15	4	7

Ag19	voluntario	agitación psicomotriz	3	4	5
Ag42	voluntario	reagudización	12	3	4
S2	involuntario	alteraciones conductuales	7	3	3
S25	voluntario	desbordamiento familiar	8	3	11
O6	voluntario	reagudización	26	4	6
O24	involuntario	agitación psicomotriz	19	3	5
D20	voluntario	reagudización	14	3	3
D26	voluntario	desbordamiento familiar	8	3	4
D27	voluntario	intento autolítico	9	4	4
A12	involuntario	reagudización	3	5	12
A13	involuntario	alteraciones conductuales	15	3	3
My20	involuntario	desintoxicación	15	3	9
Jn11	involuntario	episodio psicótico	41	3	4
Ag4	voluntario	episodio psicótico	18	3	4
Ag12	voluntario	desbordamiento familiar	23	3	3
Ag13	voluntario	agitación psicomotriz	15	4	7
D13	voluntario	administración de TEC	1	3	3
A26	involuntario	alteraciones conductuales	35	3	3

Diagnóstico y tratamiento

Paciente	diagnóstico	tipo de tratamiento	abandono terapéutico
E28	trastorno bipolar	oral	no
E33	distimia	oral	si
F4	depresión mayor	mixto (tec y oral)	no
F12	trastorno bipolar	oral	si
F20	demencia/trastorno depresivo recurrente	oral	no
F21	esquizofrenia paranoide	intramuscular	si
M15	esquizofrenia paranoide	mixto (depósito y oral)	si
M32	depresión mayor	oral	no
A2	trastorno esquizoafectivo	mixto (depósito y oral)	si
A14	distimia	oral	no
A28	trastorno esquizoafectivo	mixto (depósito y oral)	no
My22	distimia	oral	no
My26	trastorno psicótico	oral	si
My33	esquizofrenia paranoide	mixto (depósito y oral)	si
Jn20	trastorno personalidad	oral	no
Jn31	trastorno esquizoafectivo	mixto (depósito y oral)	si
Jl23	esquizofrenia paranoide	mixto (depósito y oral)	si
Jl37	trastorno personalidad	oral	no
Ag15	distimia	oral	no
F13	trastorno ansioso depresivo	oral	no
A6	trastorno bipolar	oral	no
A17	trastorno bipolar	mixto (tec y oral)	no

A30	esquizofrenia indiferenciada	mixto (depósito y oral)	si
My15	trastorno bipolar	oral	si
Jn18	trastorno bipolar	oral	si
Jl8	trastorno psicótico	oral	si
Jl9	depresión mayor	oral	no
Jl16	trastorno personalidad	oral	no
Jl20	trastorno esquizoafectivo	mixto (depósito y oral)	si
Jl28	trastorno disociativo-conversivo	oral	no
Ag7	esquizofrenia psiconeurótica	mixto (depósito y oral)	si
Ag19	trastorno adaptativo	oral	no consta
Ag42	esquizofrenia hebefrénica	oral	si
S2	trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cannabinoides	oral	si
S25	depresión mayor	oral	no
O6	trastorno esquizoafectivo	mixto (depósito y oral)	si
O24	esquizofrenia paranoide	mixto (depósito y oral)	no
D20	esquizofrenia paranoide	mixto (depósito y oral)	si
D26	depresión mayor	oral	no
D27	depresión mayor con síntomas psicóticos	mixto (tec y oral)	Si
A12	trastorno bipolar	oral	no
A13	trastorno esquizoafectivo	mixto (depósito y oral)	si
My20	Esquizofrenia simple	mixto (depósito y oral)	si
Jn11	depresión mayor	mixto (tec y oral)	no
Ag4	psicosis paranoide	mixto (depósito y oral)	si
Ag12	trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad	mixto (depósito y oral)	no
Ag13	trastorno mixto de la personalidad	oral	si
D13	trastorno bipolar	mixto (tec y oral)	no
A26	trastorno bipolar	oral	si

Derivación al alta

Paciente	derivación al alta	Pendiente de Rehabilitación	Tipo de rehabilitación
E28	USM	no	
E33	UTP	sí	UTP
F4	CCEE	no	
F12	CCEE	no	
F20	CCEE	no	
F21	USM	no	
M15	Hospital neuropsiquiátrico del carmen	sí	Hospital neuropsiquiátrico del carmen
M32	USM	no	
A2	USM	no	
A14	USM	no	

A28	CCEE	no	
My22	Proyecto Hombre	sí	Proyecto Hombre
My26	Psiquiatra privado y UME	sí	UME
My33	UME	sí	UME
Jn20	USM	no	
Jn31	CCEE	no	
Jl23	CCEE	no	
Jl37	USM	no	
Ag15	USM	no	
F13	CCEE	no	
A6	USM	no	
A17	UME	sí	UME
A30	USM	no	
My15	Hospital de día	sí	Rehabilitación ambulatoria (HD)
Jn18	USM Y HD	sí	Rehabilitación ambulatoria (HD)
Jl8	Hospital de día	sí	Rehabilitación ambulatoria (HD)
Jl9	UTCA	sí	UTCA
Jl16	CCEE y Proyecto Hombre	sí	Comunidad terapéutica
Jl20	CCEE	no	
Jl28	USM	no	
Ag7	CCEE	no	
Ag19	USM	no	
Ag42	USM	no	
S2	Psiquiatra Privado	no	
S25	USM	no	
O6	Hospital de día	sí	Rehabilitación ambulatoria (HD)
O24	Psiquiatra Privado y UME	sí	UME
D20	USM	no	
D26	USM	no	
D27	CCEE	no	
A12	CCEE y HD	sí	Rehabilitación ambulatoria (HD)
A13	USM	no	
My20	Proyecto Hombre	sí	Proyecto Hombre
Jn11	USM	no	
Ag4	Hospital de día	sí	Rehabilitación ambulatoria (HD)
Ag12	Psiquiatra Privado	sí	Hospital Neuropsiquiátrico del Carmen
Ag13	CCEE y HD	sí	Rehabilitación ambulatoria (HD)
D13	USM	no	
A26	USM y UME	sí	UME